

Datum : _____

Participant No.: ____/____/____
Country Area Number**ICAST: Ein Fragebogen zu Belastungen in der eigenen Kindheit**

Wir würden Ihnen gerne Fragen über Ihre Kindheit bis zum Alter von 18 Jahren, stellen. In den Fragen geht es um Gewalt und andere verletzende Erfahrungen, die Kinder und junge Menschen machen können. Alles was Sie hier angeben, wird vertraulich behandelt. Bitte schreiben Sie nicht Ihren Namen auf den Fragebogen. Niemand aus Ihrer Familie oder Ihrem Umfeld wird von den Angaben, die Sie machen, erfahren. Und es wird auch keiner Behörde gemeldet. Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch wenn Sie denken, dass diese nicht auf Sie zutreffen.

Bitte machen Sie ein paar Angaben zu sich.

1. Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu? (bitte wählen Sie nur eine Option)

- ☐ Männlich ☐ Weiblich
☐ Divers ☐ Ich wünsche keine Zuordnung.

2. In welchem Monat und Jahr sind Sie geboren? ____/____

3. Was ist Ihr höchster Schulabschluss? (bitte wählen Sie nur eine Option)

- ☐ kein Schulabschluss ☐ Realschulabschluss (mittlere Reife)
☐ Volks-/Hauptschulabschluss ☐ (Fach-)/Abitur
☐ (Fach-)Hochschulabschluss

4. Wo lebten Sie die MEISTE Zeit als Sie aufwuchsen? (bitte wählen Sie nur eine Option)

- ☐ in einem Dorf ☐ In einer Kleinstadt
☐ In einer Großstadt ☐ Anderes (bitte spezifizieren: _____)

5. Sind Sie aktuell in Ausbildung (Dies beinhaltet auch Fernlehr- oder Fernstudiengänge)? (bitte wählen Sie nur eine Option)

- ☐ Ja, ich bin noch Schüler oder Schülerin.
☐ Ja, ich befinde mich in der Berufsausbildung.
☐ Ja, ich bin Student/in.
☐ Nein, ich bin nicht in Ausbildung.

6. Sind Sie berufstätig? (bitte wählen Sie die Option, die am ehesten auf Sie zutrifft)

- ☐ Ja, ich arbeite Vollzeit. ☐ Ja, ich arbeite Teilzeit.
☐ Ich bin zurzeit nicht berufstätig (z.B. Studium, Elternzeit). ☐ Nein, ich bin zurzeit arbeitssuchend.

7. Wer lebt im gleichen Haushalt? (Kreuzen Sie alle zutreffenden an)

- ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Partner/in der Mutter
☐ Partner/in des Vaters ☐ Großmutter ☐ Großvater
☐ Bruder/Brüder (Anzahl: ____) ☐ Schwester/n (Anzahl: ____) ☐ eigene/r Partner/in
☐ eigene/s Kind/er (Anzahl: ____) ☐ Andere (bitte spezifizieren: _____)

8. Gab es im letzten Jahr eine Zeit:

in der Ihr Haushalt nicht die vollständige Gas-, Öl- oder Stromrechnung bezahlte?
 in der Ihrem Haushalt der Strom oder das Telefon abgestellt wurde, weil die
 Rechnungen nicht bezahlt wurden?

☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein

Manchmal geben Eltern oder andere verantwortliche Erwachsene Kindern nicht all die Fürsorge oder Aufmerksamkeit, die das Kind braucht. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen bezogen auf den Zeitraum vor Ihrem 18. Geburtstag.

9. Haben sich Ihre Eltern oder andere verantwortliche Erwachsene nicht um Sie gekümmert, als Sie krank oder verletzt waren, obwohl sie die Möglichkeit dazu hatten?

☐ ja ☐ nein (Gehen Sie bitte zu Frage 10.) ☐ Ich kann mich nicht erinnern (Gehen Sie bitte zu Frage 10.)

Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

☐ Geburt ☐ 1J ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18J

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

☐ zu oft, um es zu zählen ☐ zwischen 10-50 Mal ☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)

☐ Eltern oder Elternteil ☐ Andere erwachsene Verwandte
☐ Geschwister ☐ Jemand anderes in meinem Zuhause
☐ Lehrer/in ☐ Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand mit dem Sie arbeiten
☐ Nachbar/in ☐ Andere (bitte spezifizieren: _____)

Wie sehr hat Ihnen das Erlebte geschadet?

☐ sehr viel ☐ ernsthaft ☐ schwach ☐ überhaupt nicht

10. Haben Sie jemals von Ihren Eltern oder anderen verantwortlichen Erwachsenen nicht genügend zu essen oder zu trinken bekommen, obwohl sie die finanziellen Möglichkeiten dazu hatten?

☐ ja ☐ nein (Gehen Sie bitte zu Frage 11.) ☐ Ich kann mich nicht erinnern (Gehen Sie bitte zu Frage 11.)

Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem Ihnen das passiert ist.)

Geburt 1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J		

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

- ☐ zu oft, um es zu zählen ☐ zwischen 10-50 Mal ☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern oder Elternteil | <input type="checkbox"/> Andere erwachsene Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Jemand anderes in meinem Zuhause |
| <input type="checkbox"/> Lehrer/in | <input type="checkbox"/> Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand mit dem Sie arbeiten |
| <input type="checkbox"/> Nachbar/in | <input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren: _____) |

Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?

- ☐ sehr viel ☐ ernsthaft ☐ schwach ☐ überhaupt nicht

11. Mussten Sie schmutzige, zerrissene oder für das Wetter unangebrachte Kleidung tragen, trotz vorhandener finanzieller Möglichkeiten?

- ☐ ja ☐ nein (Gehen Sie bitte zu Frage 12.) ☐ Ich kann mich nicht erinnern (Gehen Sie bitte zu Frage 12.)

Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem Ihnen das passiert ist.)

Geburt 1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J		

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

- ☐ zu oft, um es zu zählen ☐ zwischen 10-50 Mal ☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern oder Elternteil | <input type="checkbox"/> Andere erwachsene Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Jemand anderes in meinem Zuhause |
| <input type="checkbox"/> Lehrer/in | <input type="checkbox"/> Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand mit dem Sie arbeiten |
| <input type="checkbox"/> Nachbar/in | <input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren: _____) |

Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?

- ☐ sehr viel ☐ ernsthaft ☐ schwach ☐ überhaupt nicht

12. Haben Sie sich jemals wehgetan oder sich verletzt, weil kein Erwachsener auf Sie aufgepasst hat?

- ☐ ja ☐ nein (Gehen Sie bitte zu Frage 13.) ☐ Ich kann mich nicht erinnern (Gehen Sie bitte zu Frage 13.)

Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem Ihnen das passiert ist.)

Geburt 1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J		

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

- ☐ zu oft, um es zu zählen ☐ zwischen 10-50 Mal ☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern oder Elternteil | <input type="checkbox"/> Andere erwachsene Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Jemand anderes in meinem Zuhause |
| <input type="checkbox"/> Lehrer/in | <input type="checkbox"/> Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand mit dem Sie arbeiten |
| <input type="checkbox"/> Nachbar/in | <input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren: _____) |

Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?

- ☐ sehr viel ☐ ernsthaft ☐ schwach ☐ überhaupt nicht

13. Haben Ihre Eltern oder andere verantwortliche Erwachsene nicht dafür gesorgt, dass Sie an einem sicheren Ort gelebt haben, trotz ausreichender finanzieller Mittel?

- ☐ ja ☐ nein (Gehen Sie bitte zu Frage 14.) ☐ Ich kann mich nicht erinnern (Gehen Sie bitte zu Frage 14.)

Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem Ihnen das passiert ist.)

Geburt 1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J		

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

- ☐ zu oft, um es zu zählen ☐ zwischen 10-50 Mal ☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern oder Elternteil | <input type="checkbox"/> Andere erwachsene Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Jemand anderes in meinem Zuhause |
| <input type="checkbox"/> Lehrer/in | <input type="checkbox"/> Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand mit dem Sie arbeiten |
| <input type="checkbox"/> Nachbar/in | <input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren: _____) |

Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?

- ☐ sehr viel ☐ ernsthaft ☐ schwach ☐ überhaupt nicht

14. Wie sehr spielten fehlende finanzielle Mittel eine Rolle dabei, dass Sie nicht ausreichend medizinisch, mit Nahrung oder Kleidung versorgt oder angemessen beaufsichtigt wurden?

- ☐ eine sehr große Rolle
☐ eine große Rolle
☐ eine gewisse Rolle
☐ eine kleine Rolle
☐ keine Rolle
☐ trifft nicht zu

15. Viele Kinder bekommen in ihrem Leben nicht die benötigte physische oder emotionale Fürsorge. Wie denken Sie im Nachhinein über Ihre Kindheit?

- ☐ Mir wurde von meinen Eltern immer die benötigte Fürsorge gegeben.
☐ Wenn ich von meinen Eltern nicht die benötigte Fürsorge bekam, war das nachvollziehbar/vertretbar, weil wir arm waren.
☐ Wenn ich von meinen Eltern nicht die benötigte Fürsorge bekam, war das NICHT nachvollziehbar.

Wir haben ein paar Fragen zu Gewalt oder verletzenden Erfahrungen, die Kinder und junge Menschen machen können. Bitte denken Sie an den Zeitraum vor Ihrem 18. Geburtstag.

16. Als Sie aufwuchsen (vor Ihrem 18. Geburtstag), hat irgendjemand Sie jemals sehr fest geschlagen?

- ☐ ja
☐ nein (Gehen Sie bitte zu Frage 17.)
☐ Ich kann mich nicht erinnern (Gehen Sie bitte zu Frage 17.)

Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem Ihnen das passiert ist.)

Geburt 1J 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18J

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

- ☐ zu oft, um es zu zählen
☐ zwischen 10-50 Mal
☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Eltern oder Elternteil
☐ Geschwister
☐ Lehrer/in
☐ Vorgesetzte/r, Ausbilder/in, jemand mit dem Sie arbeiten
☐ Fremde
☐ Andere erwachsene Verwandte
☐ Jemand anderes in meinem Zuhause
☐ Freunde oder Gleichaltrige, die Sie kennen
☐ Nachbar/in
☐ Andere (bitte spezifizieren: _____)

Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?

- ☐ Sehr viel
☐ ernsthaft
☐ schwach
☐ überhaupt nicht

17. Vor Ihrem 18. Geburtstag, hat Sie jemals irgendjemand sehr stark getreten?

- ☐ ja
☐ nein (Gehen Sie bitte zu Frage 18)
☐ Ich kann mich nicht erinnern (Gehen Sie bitte zu Frage 18)

Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem Ihnen das passiert ist.)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18J
 Geburt 1J 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18J

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

- ☐ zu oft, um es zu zählen ☐ zwischen 10-50 Mal ☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern oder Elternteil | <input type="checkbox"/> Andere erwachsene Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Jemand anderes in meinem Zuhause |
| <input type="checkbox"/> Lehrer/in | <input type="checkbox"/> Freunde oder Gleichaltrige, die Sie kennen |
| <input type="checkbox"/> Vorgesetzte/r, Ausbilder/in, jemand mit dem Sie arbeiten | <input type="checkbox"/> Nachbar/in |
| <input type="checkbox"/> Fremde | <input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren: _____) |

Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?

- ☐ sehr viel ☐ ernsthaft ☐ schwach ☐ überhaupt nicht

18. Vor Ihrem 18. Geburtstag, hat Sie jemals irgendjemand mit einem Gegenstand wie einem Stock, einer Peitsche oder einem Gürtel geschlagen?

- ☐ ja ☐ nein (Gehen Sie bitte zu Frage 19.) ☐ Ich kann mich nicht erinnern (Gehen Sie bitte zu Frage 19.)

Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem Ihnen das passiert ist.)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18J
 Geburt 1J 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18J

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

- ☐ zu oft, um es zu zählen ☐ zwischen 10-50 Mal ☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern oder Elternteil | <input type="checkbox"/> Andere erwachsene Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Jemand anderes in meinem Zuhause |
| <input type="checkbox"/> Lehrer/in | <input type="checkbox"/> Freunde oder Gleichaltrige, die Sie kennen |
| <input type="checkbox"/> Vorgesetzte/r, Ausbilder/in, jemand mit dem Sie arbeiten | <input type="checkbox"/> Nachbar/in |
| <input type="checkbox"/> Fremde | <input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren: _____) |

Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?

- ☐ sehr viel ☐ ernsthaft ☐ schwach ☐ überhaupt nicht

19. Vor Ihrem 18. Geburtstag, hat Sie jemand sehr stark geschüttelt?

- ☐ ja ☐ nein (Gehen Sie bitte zu Frage 20.) ☐ Ich kann mich nicht erinnern (Gehen Sie bitte zu Frage 20.)

Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem Ihnen das passiert ist.)

Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J	

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

- ☐ zu oft, um es zu zählen ☐ zwischen 10-50 Mal ☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern oder Elternteil | <input type="checkbox"/> Andere erwachsene Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Jemand anderes in meinem Zuhause |
| <input type="checkbox"/> Lehrer/in | <input type="checkbox"/> Freunde oder Gleichaltrige, die Sie kennen |
| <input type="checkbox"/> Vorgesetzte/r, Ausbilder/in, jemand mit dem Sie arbeiten | <input type="checkbox"/> Nachbar/in |
| <input type="checkbox"/> Fremde | <input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren: _____) |

Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?

- ☐ sehr viel ☐ ernsthaft ☐ schwach ☐ überhaupt nicht

20. Vor Ihrem 18. Geburtstag, hat Sie jemand mit einem Messer oder einem scharfen Gegenstand verletzt?

- ☐ ja ☐ nein (Gehen Sie bitte zu Frage 21.) ☐ Ich kann mich nicht erinnern (Gehen Sie bitte zu Frage 21.)

Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem Ihnen das passiert ist.)

Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J	

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

- ☐ zu oft, um es zu zählen ☐ zwischen 10-50 Mal ☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern oder Elternteil | <input type="checkbox"/> Andere erwachsene Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Jemand anderes in meinem Zuhause |
| <input type="checkbox"/> Lehrer/in | <input type="checkbox"/> Freunde oder Gleichaltrige, die Sie kennen |
| <input type="checkbox"/> Vorgesetzte/r, Ausbilder/in, jemand mit dem Sie arbeiten | <input type="checkbox"/> Nachbar/in |
| <input type="checkbox"/> Fremde | <input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren: _____) |

Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?

- ☐ sehr viel ☐ ernsthaft ☐ schwach ☐ überhaupt nicht

21. Viele Kinder haben Gewalt, wie etwa durch Schlagen oder Prügeln erlebt. Das ist Ihnen vielleicht auch passiert. Wie denken Sie Nachhinein über Ihre Kindheit?

Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J	

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

- ☐ zu oft, um es zu zählen ☐ zwischen 10-50 Mal ☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern oder Elternteil | <input type="checkbox"/> Andere erwachsene Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Jemand anderes in meinem Zuhause |
| <input type="checkbox"/> Lehrer/in | <input type="checkbox"/> Freunde oder Gleichaltrige, die Sie kennen |
| <input type="checkbox"/> Vorgesetzte/r, Ausbilder/in, jemand mit dem Sie arbeiten | <input type="checkbox"/> Nachbar/in |
| <input type="checkbox"/> Fremde | <input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren: _____) |

Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?

- ☐ sehr viel ☐ ernsthaft ☐ schwach ☐ überhaupt nicht

24. Hat jemand vor Ihrem 18. Geburtstag gesagt, dass er oder sie sich wünschte, Sie wären nie geboren worden oder tot?

- ☐ ja ☐ nein (Gehen Sie bitte zu Frage 25) ☐ Ich kann mich nicht erinnern (Gehen Sie bitte zu Frage 25)

Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem Ihnen das passiert ist.)

Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J	

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

- ☐ zu oft, um es zu zählen ☐ zwischen 10-50 Mal ☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern oder Elternteil | <input type="checkbox"/> Andere erwachsene Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Jemand anderes in meinem Zuhause |
| <input type="checkbox"/> Lehrer/in | <input type="checkbox"/> Freunde oder Gleichaltrige, die Sie kennen |
| <input type="checkbox"/> Vorgesetzte/r, Ausbilder/in, jemand mit dem Sie arbeiten | <input type="checkbox"/> Nachbar/in |
| <input type="checkbox"/> Fremde | <input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren: _____) |

Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?

- ☐ sehr viel ☐ ernsthaft ☐ schwach ☐ überhaupt nicht

25. Wurde Ihnen vor Ihrem 18. Geburtstag gedroht, dass Sie körperlich schwer verletzt oder getötet werden?

- ☐ ja ☐ nein (Gehen Sie bitte zu Frage 26.) ☐ Ich kann mich nicht erinnern (Gehen Sie bitte zu Frage 26.)

Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem Ihnen das passiert ist.)

Geburt 1J 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18J

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

- ☐ zu oft, um es zu zählen ☐ zwischen 10-50 Mal ☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Eltern oder Elternteil ☐ Andere erwachsene Verwandte
☐ Geschwister ☐ Jemand anderes in meinem Zuhause
☐ Lehrer/in ☐ Freunde oder Gleichaltrige, die Sie kennen
☐ Vorgesetzte/r, Ausbilder/in, jemand mit dem Sie arbeiten ☐ Nachbar/in
☐ Fremde ☐ Andere (bitte spezifizieren: _____)

Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?

- ☐ sehr viel ☐ ernsthaft ☐ schwach ☐ überhaupt nicht

26. Hat jemand vor Ihrem 18. Geburtstag damit gedroht, Sie zu verlassen oder aus dem Haus zu werfen?

- ☐ ja ☐ nein (Gehen Sie bitte zu Frage 27.) ☐ Ich kann mich nicht erinnern (Gehen Sie bitte zu Frage 27.)

Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem Ihnen das passiert ist.)

Geburt 1J 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18J

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

- ☐ zu oft, um es zu zählen ☐ zwischen 10-50 Mal ☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Eltern oder Elternteil ☐ Andere erwachsene Verwandte
☐ Geschwister ☐ Jemand anderes in meinem Zuhause
☐ Lehrer/in ☐ Freunde oder Gleichaltrige, die Sie kennen
☐ Vorgesetzte/r, Ausbilder/in, jemand mit dem Sie arbeiten ☐ Nachbar/in
☐ Fremde ☐ Andere (bitte spezifizieren: _____)

Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?

- ☐ sehr viel ☐ ernsthaft ☐ schwach ☐ überhaupt nicht

27. Viele Kinder werden irgendwann im Laufe ihres Lebens beleidigt oder bedroht. Das ist Ihnen vielleicht auch passiert. Wie denken Sie Nachhinein über Ihre Kindheit?

- ☐ Ich wurde nie von jemandem beleidigt oder bedroht.
☐ Wenn ich beleidigt oder bedroht wurde, sollte ich diszipliniert werden und es war angemessen und gerechtfertigt.

28. Hat Sie jemand vor Ihrem 18. Geburtstag dazu gebracht, seine/ihre Geschlechtsteile anzusehen oder hat Ihre angesehen, auch wenn Sie das nicht wollten?

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
 Geburt 1J 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18J

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

- ☐ zu oft, um es zu zählen
 ☐ zwischen 10-50 Mal
 ☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern oder Elternteil | <input type="checkbox"/> Andere erwachsene Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Jemand anderes in meinem Zuhause |
| <input type="checkbox"/> Lehrer/in | <input type="checkbox"/> Freunde oder Gleichaltrige, die Sie kennen |
| <input type="checkbox"/> Vorgesetzte/r, Ausbilder/in, jemand mit dem Sie arbeiten | <input type="checkbox"/> Nachbar/in |
| <input type="checkbox"/> Fremde | <input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren: _____) |

Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?

- ☐ sehr viel
 ☐ ernsthaft
 ☐ schwach
 ☐ überhaupt nicht

30. Hat Sie jemand vor Ihrem 18. Geburtstag in einer sexuellen Weise an Ihren Geschlechtsteilen berührt, obwohl Sie dies nicht wollten? Oder hat eine Person Sie dazu gebracht, seine oder ihre Geschlechtsteile zu berühren, auch wenn Sie das nicht wollten?

- ☐ ja
 ☐ nein (Gehen Sie bitte zu Frage 31.)
 ☐ Ich kann mich nicht erinnern (Gehen Sie bitte zu Frage 31.)

Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem Ihnen das passiert ist.)

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
 Geburt 1J 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18J

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

- ☐ zu oft, um es zu zählen
 ☐ zwischen 10-50 Mal
 ☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern oder Elternteil | <input type="checkbox"/> Andere erwachsene Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Jemand anderes in meinem Zuhause |
| <input type="checkbox"/> Lehrer/in | <input type="checkbox"/> Freunde oder Gleichaltrige, die Sie kennen |
| <input type="checkbox"/> Vorgesetzte/r, Ausbilder/in, jemand mit dem Sie arbeiten | <input type="checkbox"/> Nachbar/in |
| <input type="checkbox"/> Fremde | <input type="checkbox"/> Andere (bitte spezifizieren: _____) |

Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?

- ☐ sehr viel
 ☐ ernsthaft
 ☐ schwach
 ☐ überhaupt nicht

31. Hat Sie jemand vor Ihrem 18. Geburtstag verletzt, indem diese Person mit Ihnen auf sexuelle Weise gesprochen oder sexuelle Dinge über Sie geschrieben hat, obwohl Sie dies nicht wollten?

- ☐ ja ☐ nein (Gehen Sie bitte zu Frage 32.) ☐ Ich kann mich nicht erinnern (Gehen Sie bitte zu Frage 32.)

Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem Ihnen das passiert ist.)

Geburt 1J 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18J

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

- ☐ zu oft um es zu zählen ☐ zwischen 10-50 Mal ☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben dir das angetan? (*Mehrfachauswahl möglich*)

- ☐ Eltern oder Elternteil ☐ Andere erwachsene Verwandte
☐ Geschwister ☐ Jemand anderes in meinem Zuhause
☐ Lehrer/in ☐ Freunde oder Gleichaltrige, die Sie kennen
☐ Vorgesetzte/r, Ausbilder/in, jemand mit dem Sie arbeiten ☐ Nachbar/in
☐ Fremde ☐ Andere (bitte spezifizieren: _____)

Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?

- ☐ sehr viel ☐ ernsthaft ☐ schwach ☐ überhaupt nicht

32. Hatten Sie jemals vor Ihrem 18. Geburtstag Sex mit jemandem, obwohl Sie das nicht wollten?

- ☐ ja ☐ nein (Gehen Sie bitte zu Frage 33.) ☐ Ich kann mich nicht erinnern (Gehen Sie bitte zu Frage 33.)

Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem Ihnen das passiert ist.)

Geburt 1J 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18J

Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?

- ☐ zu oft, um es zu zählen ☐ zwischen 10-50 Mal ☐ weniger als 10 Mal

Welche Person(en) hat/haben das getan? (*Mehrfachauswahl möglich*)

- ☐ Eltern oder Elternteil ☐ Andere erwachsene Verwandte
☐ Geschwister ☐ Jemand anderes in meinem Zuhause
☐ Lehrer/in ☐ Freunde oder Gleichaltrige, die Sie kennen
☐ Vorgesetzte/r, Ausbilder/in, jemand mit dem Sie arbeiten ☐ Nachbar/in
☐ Fremde ☐ Andere (bitte spezifizieren: _____)

Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis wehgetan oder geschadet?

- ☐ sehr viel ☐ ernsthaft ☐ schwach ☐ überhaupt nicht

Bitte beantworten Sie die nächsten Fragen nur, wenn Sie vor Ihrem 18. Geburtstag unerwünschte sexuelle Erfahrungen gemacht haben. Wenn Sie keine unerwünschten sexuellen Dinge erlebt haben, dann haben Sie alle Fragen beantwortet.

33. Haben Sie schon jemandem von diesen ungewollten sexuellen Erlebnissen erzählt?

☐ ja

☐ nein (Ende des Fragebogens)

Falls ja, wem haben Sie davon erzählt? (Mehrfachauswahl möglich)

☐ Eltern oder Elternteil

☐ Anderen erwachsenen Verwandten

☐ Geschwister

☐ Jemand anderem zu Hause

☐ Lehrer/in

☐ Freunde oder Gleichaltrige, die Sie kennen

☐ Vorgesetzte/r, Ausbilder/in, jemand mit dem Sie arbeiten

☐ Nachbar/in

☐ Fremden

☐ Ehepartner

☐ Einem Arzt/medizinische Fachkraft

☐ Hilfsangebote wie Telefon oder Internet

☐ Polizei

☐ Einem/einer Therapeut(in)/Sozialarbeiter(in)

☐ Einem/einer Vertreter/in einer religiösen Glaubensgemeinschaft

☐ Andere (bitte spezifizieren: _____)

Wie viel Zeit verging, bis Sie jemandem zum ersten Mal von der unerwünschten sexuellen Handlung oder den unerwünschten Handlungen erzählt haben?

☐ ein Tag

☐ ein paar Tage

☐ ein paar Wochen

☐ ein paar Monate

☐ ein oder zwei Jahre

☐ Drei oder mehr Jahre später

Als Sie es jemandem zum ersten Mal gesagt haben, wie hat diese Person reagiert? (Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.)

☐ Sie glaubte mir und unterstützte mich.

☐ Sie glaubte mir, aber handelte nicht.

☐ Sie gab mir die Schuld dafür.

☐ Sie glaubten mir überhaupt nicht.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung bei unserer Forschung. Wenn dieser Fragebogen Sie belastet hat, bitten wir Sie die folgende Nummer _____ wenn Sie weitere Informationen oder Unterstützung möchten. Wenn Sie weitere Fragen zu dieser Umfrage haben, wenden Sie sich bitte an den Projektleiter _____ unter der folgenden Nummer: _____.

Der ICAST-R (für junge Erwachsene) wurde von der International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, in Zusammenarbeit in UNICEF entwickelt. Die deutsche Übersetzung stammt von Andreas Witt, Andreas Jud und Franziska Meinck